

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料納付方法変更申出書

(宛先) 珠洲市長

私は、後期高齢者医療保険料を口座振替により納付することを希望し、その旨、申し出いたします。

【申出者記入欄】

住 所	〒 珠洲市		
電 話 番 号			
被保険者番号			
被保険者氏名			
届出人氏名			
口座振替 名義人		続柄	

市確認欄

○過去の後期高齢者医療保険料・国民健康保険税の納付状況確認

- ・ 後期高齢者医療保険料 納付済 ・ 未納有 (
- ・ 国民健康保険税 納付済 ・ 未納有 (

○金融機関への口座振替手続きの確認 (1, 2のいずれかに○)

1. 新たに口座振替の手続きを完了
2. 既に口座振替の届出あり